

Till
Statens ansvarsnämnd

Detta formulär ska användas av läkare som Socialstyrelsen på begäran av Statens ansvarsnämnd utser enligt 17 § anställningsförordningen (1994:373) för att utföra läkarundersökning av arbetstagare som är anställda med fullmakt hos myndighet under regeringen.

Enligt 11 § lagen (1994:261) om fullmaktsanställning får beslutas att en arbetstagare ska undersökas av läkare som anvisas honom, om arbetstagaren inte fullgör sina arbetsuppgifter tillfredsställande och det är sannolikt att den bristande arbetsförmågan beror på sjukdom eller något jämförbart förhållande.

Personuppgifter för den som intyget avser

Efternamn och förnamn		Personnummer
Utdelningsadress		Telefon (inkl. riktnr)
Postnummer	Postort	
Yrke/titel	Arbetsgivare (namn, utdelningsadress, postnr och postort)	
Folkbokföringsort	Identiteten styrkt genom	

Underlag för bedömningen

Anamnes
Nuvarande hälsotillstånd

Efternamn och förnamn	Personnummer
-----------------------	--------------

Underlag för bedömningen (forts.)

Omständigheter som talar för att den undersökte på grund av förlust av eller nedsättning i arbetsförmågan som beror av sjukdom är för framtiden oförmögen att fullgöra sina arbetsuppgifter i fullmaktsanställningen tillfredsställande (jfr 6 § första stycket 1 lagen om fullmaktsanställning)

Utlåtande

Jag intygar att jag i förhållande till den undersökte har en oberoende ställning och att jag efter utredning som innefattar personlig undersökning och med stöd av inhämtade uppgifter har funnit att

(Den undersöktes namn)

på grund av förlust av eller nedsättning i arbetsförmågan som beror av sjukdom

är är inte för framtiden oförmögen att fullgöra sina arbetsuppgifter i sin fullmaktsanställning tillfredsställande.

Underskrift

Ort och datum		Den legitimerade läkarens namnteckning	
Den legitimerade läkarens efternamn och förnamn		Befattning	
Tjänsteställe			
Utdelningsadress		Postnummer	Postort
Telefon (inkl. riktnr)	Faxnr		E-post